Załącznik nr 2- 3 wzór formularza właściwości techniczno - użytkowych.

Nazwa Wykonawcy

**WŁAŚCIWOŚCI TECHNICZNO - UŻYTKOWE**

**urządzenia objętego Częścią 3 zamówienia**

**Dostawa fotela ginekologicznego dla pacjentek niepełnosprawnych – 1 sztuka**

**Nazwa oferowanego urządzenia:** ................................................

**Typ:** .......................................**Model**: ..........................................

**Producent**: .........................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów lub cech urządzenia** | **Wartość lub zakres wartości wymaganych**  | **Podać wartość lub zakres wartości oferowanych lub potwierdzenie wartości lub opis** |
| 1 | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji 2024, gotowe do użytku. | TAK |  |
| 2 | Fotel ginekologiczny 3 segmentowy | TAK |  |
| 3 | Fotel osadzony na dwóch elektromechanicznie regulowanych kolumnach | TAK |  |
| 4 | Elektromechaniczna regulacja wysokości za pomocą kablowego pilota ręcznego | 45 - 87 cm ±2 cm, podać |  |
| 5 | Regulowane oparcie | TAK, opis |  |
| 6 | Regulowanie siedzenia | TAK, opis |  |
| 7 | Regulowanie segmentu głowy | TAK, opis |  |
| 8 | Metalowy pojemnik zabiegowy wysuwany | TAK |  |
| 9 | Konstrukcja: stal nierdzewna, tworzywo sztuczne  | TAK, opisać |  |
| 10 | Bezszwowa tapicerka do dezynfekcji, wodoodporna | TAK |  |
| 11 | Uchwyt na rolkę papieru o średnica rolki min. 12 cm |  dł. Uchwytu od 48 do 50 cm podać |  |
| 12 | Kółka z indywidualną blokadą hamulcową | TAK |  |
| 13 | Paski mocujące nogi do podkolanników 2 komplety | TAK |  |
| 14 | Podpórki pod kolana mocowane z możliwością szybkiego demontażu | TAK |  |
| 15 | Uchwyty na ręce po obu stronach fotela - wyjmowane | TAK |  |
| 16 | Wymiary całkowite 3 segmentowej powierzchni roboczej w pozycji leża  | 62 cm ±2 cm X 142 cm ±2 cmpodać |  |
| 17 | Długość podstawy | 98 cm ±2 cm, podać |  |
| 18 | Szerokość podstawy | 65 cm ±2 cm, podać |  |
| 19 | Szerokość siedziska | 62 cm ±2 cm, podać |  |
| 20 | Szerokość segmentu pleców | 62 cm ±2 cm, podać |  |
| 21 | Szerokość segmentu głowy | 62 cm ±2 cm, podać |  |
| 22 | Max. obciążenie | Min. 200 kg, podać |  |
| 23 | Możliwość wyboru koloru tapicerki | TAK |  |
|  | Gwarancja i serwis |  |  |
| 1 | Czas usunięcia awarii w okresie gwarancji | Maksymalnie 7 dni, podać |  |
| 2 | czas przystąpienia do naprawy od zgłoszenia awarii | Maksymalnie 24 godziny, podać |  |
| 3 | Okres gwarancji | Minimum 24 miesiące, podać |  |

................................................. .....................................................

 *miejscowość i data podpis upoważnionego* *przedstawiciela wykonawcy*